



DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЛИЕНТА

Уважаемый(-ая)

По имеющимся у нас данным, вы определены \_\_\_\_\_  
опекуном или представителем интересов указанного лица в соответствии с долгосрочной  
доверенностью на принятие решений о медицинской помощи (DPOA). Я обращаюсь к вам с просьбой  
представить копию действующего решения суда или доверенности на принятие решений о  
медицинской помощи (DPOA), подтверждающих ваши полномочия. Отдел DDD обязан проверить  
статус опекуна или представителя интересов другого лица в соответствии с доверенностью DPOA,  
прежде чем разрешить кому-либо, кроме клиента, давать согласие на предоставление услуг. Важно,  
чтобы мы получили эти документы до \_\_\_\_\_ следующей оценки.  
(ИМЯ, ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА)

Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь ко мне по телефону \_\_\_\_\_  
(НОМЕР ТЕЛЕФОНА)

Пожалуйста, отправьте действующее распоряжение суда или документы об оформлении Долгосрочной  
доверенности (DPOA) в указанный ниже офис отдела DDD:

Благодарю вас.

\_\_\_\_\_  
ФАМИЛИЯ, ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ РАСПОРЯДИТЕЛЯ РЕСУРСОВ ПО ДЕЛУ

Копия: Дело клиента

## **INSTRUCTIONS**

### **When do I send this form to the legal representative?**

You send this form when an individual has been identified as the legal representative for your client and you do not have a current copy of the guardianship or DPOA for healthcare document in your client's file.